

CERTIFICAT MÉDICAL

(Uniquement pour les candidats en situation de handicap)

**À faire remplir par un médecin agréé autre que le médecin traitant du candidat
UNIQUEMENT pour les candidats souhaitant bénéficier d'un aménagement d'épreuve(s)**

Je soussigné(e),

Docteur (NOM et Prénom) :

Médecin agréé par arrêté préfectoral

Adresse complète :

Date de la consultation :/..../.....

Certifie :

☐ Ne pas être le **médecin traitant de**

M. Mme (Nom/prénom) , né le/..../....

☐ l'avoir examiné(e) ce jour et avoir consulté son dossier médical.

Atteste que :

☐ « M. Mme (Nom/prénom) » **est une personne en situation de handicap** qui nécessite que ses épreuves soient aménagées afin de lui permettre de composer dans des conditions compatibles avec sa situation compte tenu de la forme et de la durée des épreuves.

☐ que le handicap du (de la) candidat(e) est compatible avec l'exercice des fonctions *d'ASSISTANT DE CONSERVATION DU PATRIMOINE ET DES BIBLIOTHEQUES PRINCIPAL DE 2^E CLASSE*.

Ces aménagements doivent avoir pour seul objet de rétablir l'égalité entre les candidats et non de créer une inégalité au détriment des candidats qui ne sont pas en situation de handicap (CE 21/01/1991 Melle Stickel).

Après avoir pris connaissance du descriptif des fonctions et des épreuves, indiquer la nature des aides humaines et/ou techniques nécessaires à ce candidat (voir fonctions et nature des épreuves au dos de ce document) :

☐ **Pour les épreuves écrites obligatoires et facultatives :**

☐ Octroi d'un tiers temps supplémentaire de composition

☐ Installation spécifique de la salle d'épreuve

Préciser :

☐ Installation de matériel particulier

Préciser :

☐ Mise à disposition d'un ordinateur.

Préciser avec ou sans correcteur orthographique :

☐ Aide d'une tierce personne pour la lecture du sujet

☐ Aide d'une tierce personne pour répondre avec un ordinateur sous la dictée du candidat (lecteur scripteur).

☐ Autre(s) (Ex : sujets type Braille, agrandissement des sujets...):

☐ **Pour les épreuves orales obligatoires et facultatives :**

☐ Octroi d'un tiers temps supplémentaire pour la préparation

☐ Autre(s), préciser la nature de l'aménagement nécessaire (ex : présence d'un interprète en langue des signes, utilisation d'un appareillage, etc...) :

RAPPEL : Nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire s'il ne remplit pas les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction.

Fait-le

Signature et cachet du médecin agréé

Document à transmettre via Chorus (www.chorus-pro.gouv.fr).

Paiement par mandat administratif à 30 jours après dépôt de la note d'honoraire.

N° SIRET 287 708 325 00025

JOINDRE UN RIB PROFESSIONNEL POUR LES NOUVEAUX FOURNISSEURS

Examen professionnel d'A.C.P.B. principal de 2^e classe Avancement de grade 2024

NOTE D'HONORAIRES

À remettre lors de la visite au médecin agréé et à renvoyer par ce dernier selon les modalités énoncées ci-dessus. La visite sera réglée au médecin par le Centre de gestion.

Il ne sera procédé à aucun remboursement direct au candidat (la carte Vitale ne doit pas être utilisée).

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussigné(e),

Nom et spécialité du médecin agréé :

SIRET et adresse du médecin agréé :

.....

certifie avoir reçu en vue d'un éventuel aménagement d'épreuve pour le concours de technicien principal de 2^e classe 2024.

Nom et prénom de la personne examinée :

Date de la consultation :

Montant total de la visite* :

J'arrête le présent état à la somme de (en toutes lettres) correspondant au tarif conventionnel de remboursement du régime général de sécurité sociale, payable à mon compte courant : joindre un relevé d'identité bancaire professionnel.

Cachet et signature du médecin agréé :

* Les tarifs d'honoraires des médecins agréés sont fixés par l'arrêté du 3 juillet 2007. Application des tarifs conventionnels de sécurité sociale **consultation au cabinet C – 26,50 €**